

CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA: HACIA UN ABORDAJE CIENTÍFICO Y PRIORIZADO

La cruda realidad

Es evidente que los instrumentos disponibles para estudiar la incidencia y prevalencia del consumo no médico de las sustancias psicoactivas diferentes del alcohol, el tabaco y las metilxantinas (lo que, en adelante, llamaremos «consumo de drogas») poseen limitaciones derivadas fundamentalmente de la baja prevalencia del fenómeno y de la consideración social del mismo¹. Además, ni siquiera países tan cercanos en cultura y desarrollo como los de la Unión Europea disponen de sistemas de monitorización homogéneos, por lo que la comparación de la incidencia y la prevalencia del consumo entre países es una tarea muy difícil. Sin embargo, sí disponemos de algunos indicadores de morbilidad y mortalidad bastante fiables para evaluar el impacto del consumo de drogas sobre la salud. Basándonos en estos indicadores podemos afirmar que España ha sido el país de Europa Occidental (y probablemente del mundo desarrollado, en pugna con los EEUU) con mayor morbilidad y mortalidad derivada de este consumo. Así, en 1994, España fue el país europeo con mayor incidencia de casos de Sida relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral, con una tasa 2,1 veces mayor que la de Italia, que se sitúa a continuación². El impacto sobre la salud de esta enfermedad es probablemente muy superior al de todo el resto de las patologías asociadas al consumo juntas. Sin embargo, si analizáramos otras enfermedades como la hepatitis, la endocarditis o la tuberculosis, es probable que desgraciadamente volviéramos a ocupar uno de los primeros puestos. Por lo que respecta a la mortalidad, el impacto del consumo de drogas ha sido tal que dicho consumo se ha convertido en algunas grandes ciudades españolas en la primera causa de muerte entre los adultos jóvenes^{3,4}. Y esto es así, aunque a la hora de realizar el computo sólo se consideren dos causas de muerte relacionadas con el consumo de drogas: el Sida en inyectores de

drogas y la reacción aguda tras el consumo de estas sustancias (habitualmente conocida como «sobredosis»). Además, es muy probable que el impacto del consumo de drogas sea el motivo de que en prácticamente todas las comunidades autónomas se haya quebrado la tendencia descendente de la mortalidad juvenil⁵. Hasta ahora, la mayoría de los problemas de salud detectados se han asociado al uso de heroína. Los problemas por cocaína han aumentado de forma progresiva en los últimos años, pero siguen siendo mucho menos frecuentes, a pesar de que el número consumidores de esta sustancia ha sido y continúa siendo muy superior al de consumidores de heroína⁶. Los problemas asociados al consumo de otras drogas han sido aún menos importantes que los asociados a cocaína. En los últimos años han comenzado a aparecer algunos cambios esperanzadores. La mortalidad por reacción aguda ha comenzado a disminuir notablemente en algunas áreas. El cambio más radical y probablemente con mayor impacto en la evolución de los problemas de salud (principalmente en la evolución de la epidemia de infección por VIH) de los consumidores de drogas ha sido la disminución del uso de la vía parenteral para consumir heroína y cocaína y su sustitución progresiva por la vía fumada. Por ejemplo, la proporción de nuevos admitidos a tratamiento que usan la heroína preferentemente inyectada ha pasado de un 50% en 1991 a un 29% en 1995⁷. También se ha informado en algunos lugares de un descenso en las conductas de riesgo de los inyectores, más acusado en las conductas de inyección que en las sexuales.

¿Por qué hemos llegado a esta situación?

Las razones por las que se ha llegado a la situación actual son complejas. Entre otras, podríamos señalar las siguientes:

Las opiniones vertidas aquí son responsabilidad exclusiva de los autores y pueden no ser compartidas por la institución en que trabajan.

1. La existencia de una elevada prevalencia de consumo de drogas, especialmente de heroína. Pese a las limitaciones señaladas para la comparación entre países, todas las evidencias apuntan a que España fue uno de los países de Europa Occidental donde el consumo alcanzó niveles más altos⁸.

2. La utilización masiva de la vía parenteral por los consumidores de heroína durante los primeros años de la extensión del consumo de esta droga en España. A principios de la década de los ochenta prácticamente todos los consumidores habituales de heroína utilizaban esta vía, que es la que implica mayores riesgos para la salud, no sólo por la transmisión de patología infecciosa, sino también por el mayor riesgo de sobredosis⁹. Además, pese al cambio radical que se ha producido durante la última década al ser progresivamente sustituida por la vía fumada, la vía parenteral sigue siendo la predominante en el nordeste de la península y Baleares^{10,11}.

3. La introducción del VIH de forma precoz y su rápida difusión por las siguientes razones: alta prevalencia de inyectores y de compartir material de inyección, y muchas interconexiones entre las diferentes subpoblaciones de usuarios de todo el Estado.

4. El retraso en la puesta en marcha de los Programas de Reducción del Daño (PRD)¹² y la desproporción entre la magnitud del problema y de la respuesta. En España se supeditó una auténtica política de salud pública (orientada a la minimización de los efectos del consumo de drogas sobre la salud y basada en la puesta en marcha de medidas pragmáticas, priorizadas y de validez científicamente comprobada^{13,14}) a una «política sobre drogas» más generalista (basada fundamentalmente en criterios moralistas, cuyo único objetivo válido es el no consumo de ninguna sustancia psicoactiva, que niega u olvida la evidencia científica de que el riesgo para el consumidor es muy diferente según el tipo de droga que consume y los patrones de consumo que adopte para consumirla).

Este último factor citado tiene implicaciones importantes para definir futuras políticas de salud. En los años 1986-1987 ya se disponía de evidencias epidemiológicas claras sobre la dimensión del problema de la infección por el VIH en los inyectores y podía preverse su dinámica expansiva y el impacto que iba a tener sobre la salud¹². Igualmente, en los años 1988-1989, ya era patente la tendencia rápidamente creciente de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas. Por lo tanto, en ningún otro país de Europa hubiese estado más justificado

el desarrollo urgente de los PRD. De hecho, algunos países, con una situación mucho menos dramática, como Holanda o el Reino Unido, optaron por priorizar un desarrollo amplio y rápido de los PRD, modificando toda la política asistencial, ya que entendieron que la epidemia de VIH constituía un mayor reto para la salud que el propio consumo de drogas en sí mismo. En cambio, en España, los programas de mantenimiento con metadona (PMM) no se extendieron de forma importante hasta 1992-94 y los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) sólo se han desarrollado tímidamente en los años noventa.

Las razones que explican el retraso de la respuesta son también difíciles de resumir. En primer lugar, a principios de los años ochenta España sufrió rápidas transformaciones políticas y sociales. Los problemas planteados por el consumo de drogas provocaron una crisis social en la que no resultaba fácil mantener una discusión racional. En amplios sectores políticos y profesionales y en la sociedad en general gozaban de bastante aceptación ciertas propuestas mesiánicas que planteaban que la erradicación del consumo era un objetivo aceptable y viable a corto o medio plazo, aunque para ello se precisaran transformaciones sociales de gran calado. Los PRD más paradigmáticos (PMM de bajo umbral y PIJ) eran vistos por estos sectores sociales como meros parches (puesto que no garantizaban la rehabilitación completa del dependiente ni la eliminación de la «lacra de la droga») o incluso como formas de control social. La mayoría de los médicos (excepto los psiquiatras) carecían de formación específica en este campo. A menudo se enfrentaron con estos pacientes con el prejuicio, derivado de los medios de comunicación, de que todo lo que se intentara con ellos era inútil y, en general, prefirieron dedicarse a pacientes más fácilmente manejables. Por fin, a los epidemiólogos y trabajadores de salud pública nos faltó claridad de ideas y habilidades para presentar de forma convincente a los responsables de la política de salud la gravedad de la situación, así como las medidas que era preciso tomar, y las consecuencias para la salud de la comunidad de una respuesta tardía o no adecuada a la magnitud del problema y a sus características epidemiológicas. Además, estamos seguros de que algunos responsables de la política de salud carecieron del arrojo necesario para poner en marcha medidas de cuya necesidad estaban convencidos, pero que no eran bien vistas ni por los profesionales de los centros de tratamiento ni por las organizaciones no gubernamentales del sector, ni por amplios sectores de la sociedad en general. Otro aspecto importante que debe ser tenido en cuenta es que el Plan Nacional sobre Drogas, y los planes autonómicos correspon-

dientes, fueron puestos en marcha en 1985 como una respuesta política a la preocupación social por el problema de las drogas, siendo dotados de unos importantes medios económicos y personales para la puesta en marcha de planes de prevención, asistencia y reinserción. El Plan Nacional de Sida y los respectivos planes autonómicos fueron creados con posterioridad y dotados de muchos menos recursos personales y económicos. Como la población diana principal era la misma, como ambos planes dependían generalmente de los mismos departamentos administrativos y como la mayoría de los recursos que permitían acceder con facilidad a los usuarios pertenecían a los planes de drogas, éstos fueron en la práctica los que impusieron su política.

Para no tropezar dos veces en la misma piedra

Es verdad que la evaluación de los PRD tropieza con muchas dificultades metodológicas y dista de ser completa. Pero está muy claro también que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban y, en general, entre los consumidores cubiertos por estos programas se ha evidenciado una reducción de la prevalencia de factores de riesgo (consumo de drogas ilegales, inyección, compartir jeringuillas o prácticas sexuales inseguras) y del riesgo de muerte o de infección por VIH¹³⁻¹⁷. También se ha detectado un aumento de las personas sometidas al test de VIH y del número de personas atendidas en los programas libres de drogas. Igualmente, los PRD han permitido contactar con muchos consumidores y en algunos casos mantener ese contacto de forma prolongada; así, por ejemplo, en Barcelona se ha observado que, a los dos años de seguimiento, la retención de los PMM era superior al 70%¹⁸ mientras que la de los programas libres de drogas no superaba el 10%¹⁹. En general, la reducción en los riesgos asociados a los modos de administración de las sustancias han sido muy notorios, mientras que los cambios en las conductas sexuales de riesgo han sido más modestos.

Pese a las dificultades de evaluación, el resultado de algunas políticas de drogas bastante diferenciadas está a la vista. Así, mientras el Reino Unido comienza ya a pensar que, al menos de momento, su política ha conseguido evitar el desarrollo de la epidemia de VIH entre los inyectores²⁰ y, por lo tanto, puede planificar su política sobre drogas redefiniendo sus prioridades, en España los mayores problemas de salud continuarán ligados al consumo de heroína y a la epidemia de VIH durante muchos años. Como consecuencia, si se quiere aprender de la dura

experiencia reciente²¹ y realizar una política orientada a prevenir de forma efectiva los principales problemas de salud ligados al consumo de drogas, este área deberá tener con urgencia la prioridad de la que durante todos estos años ha carecido. En España, aunque parece que ha descendido el número de personas que se inyectan drogas, el riesgo de infección por VIH de los inyectores sigue siendo alto porque en este colectivo es muy elevada la prevalencia de infección por VIH y de conductas de riesgo (compartir jeringuillas y prácticas sexuales de riesgo). Así, por ejemplo, en Madrid en 1993 un 29,2% de los usuarios de un PIJ había compartido jeringuillas el último mes y de los que tuvieron relaciones sexuales en ese período un 35,8% no usó nunca preservativos²².

Las evidencias sobre la efectividad de los PMM son tan contundentes que, en general, los científicos y profesionales bien informados no discuten ya su efectividad sino la mejor manera de implementarlos¹⁶. En este sentido, empieza a haber indicios de que la efectividad es mayor si: son accesibles para todos los consumidores de opioides con requisitos de entrada bajos, las dosis de metadona son altas (más de 60-80 mg/día), no se limita el tiempo de tratamiento y se ofrecen servicios complementarios como consejo y apoyo social y psicoterapéutico. Ante esta situación en España no hay otra opción a corto plazo: hay que expandir urgentemente los PMM o programas similares con agonistas opioides, sobre todo en aquellas Comunidades que apenas cuentan con oferta en este sentido. Igualmente, debe hacerse un esfuerzo para cambiar las prácticas terapéuticas (por ejemplo, el uso de dosis bajas de opioides) que no se adecuan a las definidas como más efectivas en la literatura científica²³. Con respecto a los PIJ, las discusiones no se centran en su efectividad (de la que también existen pocas dudas) sino en aspectos organizativos y de coste-efectividad¹⁷. En España estos programas se han desarrollado menos que los PMM, quizá porque persiste la creencia de que la venta de jeringuillas sin receta en las farmacias garantiza una disponibilidad universal de material de inyección estéril. La experiencia demuestra que, por las razones que sea, no es así y que muchos inyectores no disponen de jeringuillas estériles cuando las necesitan. En consecuencia, a pesar que el momento más apropiado para desarrollarlos seguramente ya ha pasado, deben seguir desarrollándose. También debiera hacerse llegar a los inyectores el mensaje de que antes de inyectarse con una jeringuilla usada la desinfecten con lejía o alcohol. Esta cuestión es muy importante porque se ha comprobado que en España esta conducta es mucho menos frecuente que en otros países^{22,24}.

En este momento en España es también fundamental actuar sobre los inyectores para disminuir la transmisión del VIH por vía sexual, porque ellos son la principal fuente de infección en los casos de Sida de transmisión heterosexual y España es el país europeo con mayor incidencia de este tipo de casos de Sida². Como con respecto al uso del condón los inyectores siguen una pauta bastante similar a la población general (por ejemplo, uso poco frecuente con la pareja habitual y algo más frecuente con las ocasionales), en principio parecería que la modificación de esta conducta podría ser abordable con los mismos medios que en aquella, por ejemplo, mediante campañas de promoción en los medios de comunicación. Sin embargo, hay que actuar también específicamente sobre los inyectores porque presumiblemente tienen un menor acceso a los canales de información convencionales que la población general y, sobre todo, porque el riesgo de transmisión entre inyectores y desde éstos a la población general es muy elevado. Hay que tener en cuenta que muchos tienen relaciones sexuales con no inyectores o con prostitutas, y además algunos, especialmente las mujeres, se prostituyen para financiarse las drogas. La actuación puede concretarse en el ofrecimiento de consejo sobre sexo seguro y en la distribución de preservativos en todos los dispositivos asistenciales que contactan frecuentemente con inyectores.

Igualmente convendría potenciar el uso de medidas de prevención ya existentes frente a otras enfermedades. Así, por ejemplo y aunque no existen datos al respecto, estamos seguros que un porcentaje mucho más alto de estas personas así como sus contactos podrían haber sido inmunizados frente a la hepatitis B y sin embargo siguen sin disponer de dicha protección. Además, debería difundirse información sobre cómo puede evitarse la mortalidad por sobredosis, ya que la mortalidad por esta causa depende fundamentalmente de la falta de atención sanitaria.

Finalmente, hay que reconocer que las razones que explican la evolución de las conductas de riesgo entre los inyectores son muy complejas. Por ejemplo, aunque es muy tentador atribuir la disminución de la frecuencia del uso de la vía parenteral al impacto del Sida y a las políticas de control de esta enfermedad, un análisis más detenido muestra que el Sida no es el único factor explicativo. De hecho, la reducción del uso de esta vía entre los consumidores de heroína españoles comenzó a principios de los 80, cuando los efectos del Sida no eran aún muy evidentes y, además, dicha reducción ha sido menor en las comunidades con mayor impacto del Sida y quizás con políticas de prevención y control más

agresivas como Cataluña y el País Vasco^{10,11}. Deben existir, pues, otros factores explicativos adicionales ligados al medio sociocultural o al tipo de heroína circulante²⁵, factor este último, por cierto, sobre el que es prácticamente imposible actuar en un contexto de ilegalidad del comercio de heroína. La existencia de estos factores no considerados habitualmente en los análisis sanitarios debe ser tenida en cuenta, para profundizar en su investigación e intentar su modificación y para la evaluación comparativa de políticas. Así, todos los esfuerzos de prevención del Sida en los consumidores de heroína han ido encaminados a facilitar técnicas de inyección segura y apenas se han planteado otras alternativas como, por ejemplo, promover la sustitución del uso por vía parenteral por el uso por vía pulmonar. Igualmente, aquellas áreas geográficas donde el uso de la vía parenteral ha disminuido de forma radical van a mostrar unos mejores indicadores de morbilidad relacionada con el uso de drogas, sin que ello signifique que han desarrollado políticas más adecuadas.

Nuevos problemas ¿Nuevas prioridades?

Precisamente una de las principales características del consumo de sustancias psicoactivas es su constante variabilidad y su carácter cíclico. Como la moda, cada nueva generación aporta su propio patrón de consumo de acuerdo a unas características sociales no siempre fáciles de definir, pero que incluye muchas veces volver a utilizar viejas sustancias con patrones de uso y con significados parcialmente renovados. Las dos novedades más significativas introducidas en estos últimos años, aparte de la difusión de la práctica de fumar heroína, son: a) La vuelta del consumo de alucinógenos psicodélicos y de estimulantes anfetamínicos y la aparición y extensión del consumo de las denominadas drogas de diseño, sobre todo la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), la 3,4-metilenodioxietilanfetamina (MDEA), la 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA) y la N-metil-1-(3,4-metilenodioxifenil)-2-butanamida (MBDB)²⁶ y b) La extensión (al menos entre los consumidores de heroína) del consumo de cocaína en forma de crack²⁷, innovación que se ha difundido de forma paralela a la difusión de fumar heroína.

¿Deben ser éstas nuevas prioridades de las políticas sobre drogas? En nuestra opinión, deben constituir prioridades menos importantes que los problemas relacionados con la heroína y el uso de la vía parenteral, aunque ha de monitorizarse la evolu-

ción de ambos fenómenos por si las características epidemiológicas cambiaran y fuera necesario replantearse la cuestión. Las evidencias científicas disponibles sugieren que la extensión del crack podría llegar a generar mayores problemas de salud que las drogas de diseño, sobre todo si el consumo de crack se expande fuera del círculo de consumidores de heroína y alcanza otros grupos marginales. Con respecto a las drogas de diseño, las características farmacológicas de las sustancias circulantes, los perfiles sociodemográficos de los consumidores, los patrones de consumo predominantes, las circunstancias en que son consumidas y las expectativas que generan, nos hacen pensar que lo más probable es que este fenómeno evolucione de una forma similar a la epidemia de consumo de clorhidrato de cocaína; con una relación entre nivel de consumo y nivel de problemas de salud mucho menos desfavorable que en el caso de la heroína. Sin embargo, los medios de comunicación, ávidos de novedades que puedan vender y poco preocupados por la relativización que exige el proceso de planificación, están introduciendo en los responsables políticos una enorme presión para que se dé a la prevención del consumo de estas sustancias la máxima prioridad, con el inconveniente adicional de que de paso están contribuyendo a popularizarlas y probablemente a difundir su consumo. Sin embargo, aunque no parece justificado que actualmente estos problemas tengan el máximo grado de prioridad, quizá sí se dan circunstancias muy propicias para realizar un replanteamiento de la política de «prevención primaria» realizada hasta ahora. Este replanteamiento debe conllevar que las administraciones públicas dejen de financiar las denominadas actividades de «concienciación», centradas en el

estereotipo de la «droga» (todas las sustancias psicoactivas ilegales y patrones de consumo confundidos) y concentren los recursos en el desarrollo de algunos (pocos) programas preventivos diseñados con una metodología que permita su evaluación científica y dirigidos a reducir la frecuencia de algunas conductas de consumo específicas. Sería muy útil que dentro de algunos años se pueda identificar qué programas preventivos funcionan y cuáles no, a quiénes deben ir dirigidos, cuándo y dónde deben realizarse, en qué deben consistir, cuánto cuesta desarrollarlos, etc. Igualmente, estos programas deberían resolver cómo realizar una prevención acorde con el respeto y la promoción de una elección inteligente y libre basada en información veraz, y no en el miedo irracional o en los estereotipos globalizadores y en la consideración de las personas como adolescentes perpetuos. Tendría que preocuparnos que la promoción de la salud se realice a costa de cercenar otras áreas del desarrollo humano o que en el próximo siglo la razón fundamental para invertir en prevención siga siendo el viejo tópico de que «más vale prevenir que curar». Todos los profesionales de la salud conocemos como se han ido descartando por ineficientes diferentes programas preventivos cuando han sido adecuadamente evaluados, pues en esos casos curar era más eficiente que prevenir y como la misma Organización Mundial de la Salud completó su eslogan de añadir años a la vida con el de añadir vida a los años.

Luis de la Fuente Hoz
Gregorio Barrio Anta

*Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas.*

Bibliografía

1. De la Fuente L, Antó JM. La información sobre el uso indebido de drogas ilegales y sus problemas asociados. *Rev San Hig Pú* 1991; 65: 371-6.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). *Epidemiología del sida en España. Situación en el contexto mundial. Diciembre de 1995*. Madrid: MSC, 1995.
3. Sánchez J, Rodríguez B, De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Roca J, Royuela L and the State Information System on Drug Abuse (SEIT) Working Group. Opiates or cocaine mortality for acute reactions in six major Spanish cities. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 54-60.
4. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *Am J Public Health* 1995; 85: 102-5.
5. Segura A, Olivares O, Oñorbe JA, Mata M. Evolución de las diferencias en salud en los últimos años por comunidades autónomas. En: Navarro C, Cabañes JM, Tormo MJ (dirs). *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores, 1995: 4-17.
6. Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, De la Fuente L. The epidemiology of cocaine in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1993; 34: 45-7.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T). Informe año 1995*. Madrid: DGPNSD, 1996.
8. Hartnoll R. La heroína y la cocaína: aspectos de la política de salud pública en la década de los noventa. *Quadern Caps* 1992; 17: 34-62.
9. Van Haastrecht HJA, Van Emeijden EJC, Van den Hoek JAR, Mientjes HHC, Bax JS, Coutinho RA. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of Human Immunodeficiency Virus (HIV)-positive and HIV- negative drug users. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 380-91.
10. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli L. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 805-11.
11. De la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, Vicente J, Luna JD. Declining prevalence of injection as main route of administration among heroin users treated in Spain, 1991-1993. *Eur J Public Health* (en prensa).

12. De la Fuente L, Barrio G. Prevención de los problemas asociados con el uso de drogas ilegales. En: Navarro C, Cabañes JM, Tormo MJ (dirs). *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores, 1995: 90-100.
13. Des Jarlais DC, Friedman SR and Ward TP. Harm reduction: a public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annu Rev Publ Health* 1993; 14: 413-50.
14. Des Jarlais DC. Harm Reduction- A framework for incorporating science into drug policy. *Am J Public Health* 1995; 85: 10-2.
15. Farrell M, Ward J, Mattick RH, Hall W, Stimson GV, Des Jarlais D et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 309: 997-1001.
16. Sorensen JL. Methadone treatment for opiate addicts. *BMJ* 1996; 313: 245.
17. Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, Friedman SR. Syringe exchange: HIV prevention, key findings, and future directions. *Int J Addict* 1995; 30: 1647-83.
18. Torrens M, Castillo C, Pérez-Solá V. Retention in a low-threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996; 41: 55-9.
19. Brugal MT, Torralba LI, Ricart A, Queralt A, Grauges D, Caylá JA. Evaluación de los programas de tratamiento por toxicomanías. Contribución del análisis de supervivencia. Comunicación a la XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit* 1994; 8 (supl): 30.
20. Stimson GV. Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 infection among drug injectors? *Addiction* 1996; 91:1085-8.
21. Reuter P, MacCoun RT. Lessons from the absence of harm reduction in american drug policy. *Tobacco Control: An international Journal* 1995; 4 (2 supl): 28-32.
22. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Colomo C, Royuela L, Estébanez P. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringuillas. *Gac Sanit* 1996; 10: 261-73.
23. Pérez K, Domingo-Salvany A, Torrens M, Alonso J, Bravo MJ, Antó JM. Los programas de tratamiento con metadona en España. Comunicación al VI Congreso de la SESPAS/XIII Reunión de la SEE. *Gac Sanit* 1995; 9 (50 supl): 52.
24. Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción por vía intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990. *Gac Sanit* 1993; 7: 2-11.
25. De la Fuente L, Saavedra P, Barrio G, Royuela L, Vicente J and the Spanish Group for the Study of the Purity of Seized Drugs. Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. *Drug Alcohol Depend* 1996; 40: 185-94.
26. De la Fuente L, Rodríguez-Arenas MA, Vicente J, Sánchez J, Barrio G. Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
27. Barrio G, De la Fuente L, Bravo MJ, Colomo C. ¿Está extendiéndose en España el hábito de fumar crack entre los consumidores de heroína? *Med Clin (Barc)* (en prensa).

